



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DE BANCAS - DOUTORADO

TIPO DE BANCA A SER FORMADA: **EXAME DE QUALIFICAÇÃO** () **BANCA DE DEFESA** ()

Data: ____/____/____ **Horário:** _____

ALUNO (A) _____

TÍTULO DO TRABALHO:

MEMBROS INDICADOS PARA PARTICIPAREM DA BANCA

1. ORIENTADOR: _____

2. MEMBRO EXTERNO TITULAR (obrigatoriamente externo à UFPB):

Nome Completo: _____

Instituição à qual pertence: _____

CPF: _____ Titulação Máxima: _____

Contato E-mail: _____

3. MEMBRO EXTERNO TITULAR

Nome Completo: _____

Instituição à qual pertence: () UFPB – não precisa preencher os dados abaixo () OUTRA: _____

CPF: _____ Titulação Máxima: _____

Contato E-mail: _____

4. MEMBRO INTERNO TITULAR:

Nome Completo: _____

5. MEMBRO INTERNO OU EXTERNO TITULAR:

Nome Completo: _____

Instituição à qual pertence: () UFPB – não precisa preencher os dados abaixo () OUTRA: _____

CPF: _____ Titulação Máxima: _____

Contato E-mail: _____

6. MEMBRO EXTERNO SUPLENTE (obrigatoriamente externo à UFPB):

Nome Completo: _____

Instituição à qual pertence: () UFPB – não precisa preencher os dados abaixo () OUTRA: _____

CPF: _____ Titulação Máxima: _____

Contato E-mail: _____

7. MEMBRO INTERNO SUPLENTE:

Nome Completo: _____

João Pessoa, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do (a) Orientador (a)